

# Tiempo de salud, tiempo de enfermedad: Diferencias de edad, género y clase social<sup>1</sup>

María-Ángeles Durán

**Laburpena:** Artikulu honen helburua da gaixoen eta zaintzaileen erabilera-adierazleak eta denbora kontsumoaren adierazleak aztertzea, eta horretarako, hamar bat iturri enpiriko erabili dira, besteak beste, gehien erabili direnen artean, 2003ko Osasunaren Galdeketa Nazionala, EINaren Encuesta del empleo de tiempo 2003 delakoa, eta CSICaren Encuesta de Uso del Tiempo 2003 izenekoak daude. Autopertzepzio-adierazleak ere aztertuko dira, zaintza-denborarenak, bai eta osasun-zerbitzuen kontsumoarenak ere. Berrikuntza metodologikoak ere proposatzen dira, eta azkenik, etorkizuneko egoerak planteatzen dira, eta aldi berean, zaintza eskaera handia izanik eta zaintzaile gutxi daudenez, horrek sortzen duen arazo politikoa ere azaltzen da.

**Resumen:** El objetivo de este artículo es explorar los indicadores de uso y consumo de tiempo por los enfermos y sus cuidadores, utilizando para ello una decena de fuentes empíricas disponibles. Entre las más utilizadas, la Encuesta Nacional de Salud 2003, la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE 2002-2003, y la Encuesta de Uso del Tiempo del CSIC, 2003. Se analizan indicadores de autopercpción, de consumo de tiempo para el cuidado y de servicios sanitarios. Se proponen innovaciones metodológicas y escenarios de futuro y, finalmente, deja planteado el problema político del crecimiento simultáneo de la demanda de cuidados y la reducción de los cuidadores potenciales.

## 1. La búsqueda de indicadores sanitarios sobre el estado de salud de la población y la necesidad de cuidados

### 1.1. *Objetivos del estudio*

El objetivo de este artículo es explorar los indicadores de uso y consumo de tiempo por los enfermos y sus cuidadores, utilizando para ello una decena de

<sup>1</sup> Este artículo es deudor del *Taller Internacional Sobre Cuentas Satélite del Sector Hogares: Género y Salud*, celebrado en Santiago de Chile los días 5 y 6 de junio de 2006, auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud, en el que presenté una ponencia muy extensa. Agradezco a todos los participantes sus aportaciones, debates y críticas. También es deudor del proyecto de investigación "El uso del tiempo: integración en el análisis de la estructura social y económica" (SEC2002-00504), que permitió realizar la Encuesta CSIC-2003 sobre Uso del Tiempo.

Con posterioridad a la entrega de este artículo ha aparecido publicado mi libro "El valor del tiempo" (Espasa, Madrid, 2007) que en lenguaje accesible a una audiencia amplia, plantea numerosas cuestiones relativas al tiempo de los enfermos y de los cuidadores.

**MARIA ÁNGELES DURÁN** es Catedrática de Sociología y profesora de Investigación del CSIC. E-MAIL: dur@ieg.csic.es

fuentes empíricas disponibles. Entre las más utilizadas, la Encuesta Nacional de Salud 2003, la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE (2002-2003, y la Encuesta de Uso del Tiempo del CSIC, 2003. A través de estas fuentes se diseñarán nuevos indicadores sociosanitarios, se estimará su magnitud y se expondrán las diferencias por edad, género y clase social. El primer epígrafe se dedica a indicadores de autopercepción; el segundo, a una batería de indicadores de morbilidad y consumo de tiempo; el tercero, al consumo de servicios sanitarios; el cuarto, a la profundización metodológica de diversas técnicas de investigación; y finalmente, el quinto epígrafe ofrece escenarios de futuro y deja planteado el problema político del crecimiento simultáneo de la demanda de cuidados y la reducción de los cuidadores potenciales.

## 1.2. Los indicadores sanitarios

Los indicadores de salud de la población se dividen en dos grandes grupos:

- a) Indicadores de autopercepción.
- b) Indicadores de recepción de atenciones sanitarias.

Aunque frecuentemente se llaman indicadores objetivos de salud los de recepción de atenciones sanitarias, de hecho sólo reflejan los cuidados efectivamente prestados, y no los que necesita la población. En cierto modo, son mejores indicadores de gasto o costes sanitarios que de beneficios o producción de salud. Los indicadores llamados subjetivos o de autopercepción tienen la ventaja de referirse a muestras generales de población y además han demostrado su eficiencia como predictores del futuro consumo sanitario.

En España, con una frecuencia aproximada de cada tres años se vienen realizando por el Ministerio de Sanidad encuestas monográficas de salud, sumamente minuciosas. A continuación se refleja el estado autopercebido de salud por sexo y edad en la última Encuesta Nacional de Salud (2003) disponible. Como puede verse, las categorías regular, malo y muy malo aumentan de modo continuo a partir de los dieciséis años.

Se ha aplicado una escala de ponderación, siendo 5 el valor de muy buena salud y 1 de muy mala. Este índice ponderado es un excelente indicador indirecto del tiempo necesario de cuidados para la población enferma cuando no se dispone de indicadores más precisos de consumo de tiempo. Su principal limitación es que no es tan útil para medir las necesidades preventivas como para las estrictamente curativas. La media para el conjunto de la población es 3,75 puntos; para los varones es ligeramente peor que para las mujeres (3,83 frente a 3,67). Las mujeres tienen mejor salud (percibida por sus padres) en el primer quinquenio de vida, que es el de mejor edad en toda su vida, pero a partir de ahí tienen mejor salud los varones. Para los varones, la edad de mejor salud es entre los cinco y quince años. En las edades avanzadas la salud autopercebida es bastante peor para las mujeres que para los varones.

Tabla 1. Población por sexo, edad y valoración del estado de salud percibida. España 2003.  
Unidad: miles de personas y porcentajes.

	Personas	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Índice ponderado
<b>Ambos sexos</b>								
Total	41.923,5	100,0	13,4	57,9	21,1	5,8	1,9	3,75
De 0 a 4 años	1.740,3	100,0	28,0	56,3	14,6	1,2	0,0	4,11
De 5 a 15 años	4.821,8	100,0	24,1	67,0	7,8	0,9	0,2	4,14
De 16 a 24 años	4.973,0	100,0	18,7	67,9	11,8	1,2	0,4	4,03
De 25 a 34 años	7.181,7	100,0	15,7	68,3	13,1	2,4	0,6	3,96
De 35 a 44 años	6.641,9	100,0	12,6	64,7	17,9	3,6	1,2	3,84
De 45 a 54 años	5.313,9	100,0	10,1	59,2	22,3	6,7	1,7	3,69
De 55 a 64 años	4.293,6	100,0	6,5	45,6	34,0	9,8	4,1	3,41
De 65 a 74 años	3.978,7	100,0	4,0	37,5	40,8	13,7	3,9	3,24
De 75 y más años	2.978,6	100,0	2,9	30,5	40,7	18,9	7,0	3,04
<b>Varones</b>								
Total	20.620,2	100,0	14,7	60,9	18,5	4,5	1,4	3,83
De 0 a 4 años	886,7	100,0	24,9	58,8	14,9	1,4	0,0	4,07
De 5 a 15 años	2.483,7	100,0	25,1	66,3	7,6	0,8	0,1	4,15
De 16 a 24 años	2.544,8	100,0	21,7	66,4	10,2	1,2	0,6	4,07
De 25 a 34 años	3.678,5	100,0	16,5	69,9	10,5	2,6	0,5	3,99
De 35 a 44 años	3.344,5	100,0	12,7	68,0	15,3	3,4	0,7	3,89
De 45 a 54 años	2.637,6	100,0	11,1	63,5	19,2	4,6	1,6	3,78
De 55 a 64 años	2.085,9	100,0	7,8	48,7	31,3	8,5	3,6	3,49
De 65 a 74 años	1.758,0	100,0	5,8	42,3	39,8	9,7	2,4	3,39
De 75 y más años	1.200,6	100,0	4,3	36,0	39,7	14,8	5,2	3,19
<b>Mujeres</b>								
Total	21.303,3	100,0	12,1	55,0	23,5	7,0	2,3	3,67
De 0 a 4 años	853,6	100,0	31,1	53,7	14,2	0,9	0,1	4,15
De 5 a 15 años	2.338,1	100,0	23,0	67,8	8,0	0,9	0,3	4,12
De 16 a 24 años	2.428,3	100,0	15,6	69,5	13,5	1,2	0,3	3,99
De 25 a 34 años	3.503,3	100,0	14,9	66,5	15,8	2,2	0,6	3,93
De 35 a 44 años	3.297,4	100,0	12,5	61,3	20,5	3,9	1,7	3,79
De 45 a 54 años	2.676,3	100,0	9,1	54,9	25,4	8,7	1,9	3,61
De 55 a 64 años	2.207,7	100,0	5,2	42,7	36,5	11,0	4,5	3,33
De 65 a 74 años	2.220,7	100,0	2,6	33,7	41,6	16,9	5,1	3,12
De 75 y más años	1.777,9	100,0	2,0	26,8	41,4	21,6	8,2	2,93

Fuente: Elaboración de M.A. Durán y J. Rogero sobre datos de la Encuesta Nacional de Salud 2003. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo 2006. Encuesta Nacional de Salud 2003. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

Se refiere a los últimos 12 meses. Los datos referentes a los grupos de edad menores de 34 años y estado de salud 'Malo' han de ser tomados con precaución ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo.

A partir de los sesenta y cinco años más de la mitad de los varones tienen una salud regular o mala, e igual sucede, más acentuado, con las mujeres. Las mujeres, como se verá más adelante, enferman más y se sienten peor, pero mueren menos que los varones.

Ante esta diferencia de resultados entre hombres y mujeres caben tres tipos de explicaciones: la biológica (los varones nacen más débiles pero la naturaleza les hace progresivamente más fuertes, en tanto que las mujeres nacen más resistentes a las enfermedades graves), la social (los varones realizan actividades privadas y públicas de mayor riesgo para la vida) y la psicológica (los varones no reconocen sus deficiencias de salud, en tanto que las mujeres sí).

## 2. Morbilidad y cuidado de la salud

### 2.1. La restricción de actividades

Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, el 10'69% de la población mayor de 16 años que estudia, trabaja o se ocupa de labores del hogar ha tenido que restringir su actividad en las dos últimas semanas por algún síntoma de enfermedad. Entre los varones, el promedio es 8'63%, y entre las mujeres es 12'60%, lo que equivale a un 50% más alto. La encuesta sólo ofrece cifras sobre quienes tienen actividad (estudio, empleo o labores del hogar) por lo que no se refiere a quienes, precisamente por su condición de enfermos habituales, no ejercen actividad alguna. En todos los grupos de edad es más frecuente que hayan sufrido síntomas las mujeres, pero la diferencia es máxima en las edades centrales, especialmente entre los 45 y 54 años, donde duplican a los varones (13'71% frente a 6'62%).

La restricción de actividades es un indicador indirecto del tiempo necesario para el autocuidado y el cuidado a otras personas, aunque la encuesta no precisa si se recibió ayuda de terceros. Suponiendo que la distribución sea homogénea durante todo el año, y suponiendo asimismo que se trata de un único episodio mórbido, la tasa anual de episodios sería 2'79. El número medio de días de restricción de la actividad principal por episodio fue de 7'31 días (6'97 los varones y 7'52 las mujeres). En la población de edad muy avanzada (más de setenta y cinco años) el promedio de días de limitación es más del doble que entre los jóvenes de dieciséis a veinticuatro años (9'29 frente a 4'56 días). El tiempo total de restricción sería, por tanto, 20'39 días anuales por persona.

### 2.2. Las limitaciones de actividad prolongadas

Las limitaciones de actividad prolongadas (superior a diez días seguidos en el último año) afectaron al 22'21% de la población, una quinta parte de los varones y casi una cuarta parte de las mujeres (20'44% y 23'92%). Este indicador se refiere a toda la población e incluye a los menores de quince años, de los que el 17'88% sufre limitaciones prolongadas al cabo del año. Hasta los veinticinco años de edad, las limitaciones prolongadas son más frecuentes en los varones. Entre los mayores de setenta y cinco años, las limitaciones prolongadas afectaron al 43% de la población (37'12 de los varones y 47'41% de las mujeres).

### 2.3. La reducción de tiempo libre

La enfermedad no sólo afecta a la actividad principal sino al tiempo libre. Los índices de afectación del tiempo libre son más altos que los de la actividad principal, lo que indica que este tiempo es más sensible o elástico, y que se recorta antes que el de las actividades centrales. El 14'04% de la población ha recortado en algún momento sus actividades de tiempo libre en la última quincena a causa de sus propias molestias

o síntomas de enfermedad. Las mujeres recortan con mayor frecuencia que los varones su tiempo libre por enfermedad, (15'83% frente al 12'19%), lo que tanto se debe a sus condiciones reales de salud como al orden de prioridades que el tiempo libre ocupa en su estructura de uso del tiempo.

Además de con mayor frecuencia, las mujeres restringen su tiempo libre durante más tiempo (7'89 días frente a 7'31 los varones), abundan algo más los episodios largos de restricción y declaran más síntomas que los varones. El tiempo anual de restricción de tiempo libre por persona puede estimarse en 24,61 días anuales los varones<sup>2</sup> y 32,59 las mujeres.

## 2.4. El reposo en cama

La limitación de la actividad no siempre conlleva necesidad de guardar cama, pero el 5'28% del total de la población (4'29% de los varones, 6'25% de las mujeres), guardaron cama por enfermedad en las últimas dos semanas. La tasa anual equivalente es 137%, esto es, como promedio afecta a toda la población 1,37 veces al año. Los que guardaron cama estuvieron un promedio de 4'47 días (4'29 los varones y 4'59 las mujeres), lo que equivale a que cada persona, si se distribuyese homogéneamente, estuvo en cama 6,12 días el año anterior. Evidentemente, la distribución es bastante heterogénea, según la edad y el nivel de salud habitual. Por género, entre los varones es más elevada la proporción de quienes sólo estuvieron en cama 1 o 2 días (49'20% frente a sólo 45'23 % entre las mujeres).

Por edad, entre los 55 y 74 años el índice de días en cama por encamado es más elevado en varones; en el resto de los grupos de edad son más largos en las mujeres. Aunque la encuesta no precisa cuantos de estos enfermos encamados necesitaron ayuda externa, puede deducirse que la proporción fue elevada. Tanto en numerosos países de América Latina como en toda Europa es perceptible la tendencia al envejecimiento de la población. No puede planificarse la futura atención sanitaria, ni los servicios sociales o el sistema fiscal sin tener en cuenta la previsible evolución de la demanda de cuidados generada por la población con enfermedades crónicas severas que requieren asistencia personal ajena. Según estudios realizados sobre datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad de España<sup>3</sup>, la población internada en hospitales de la Seguridad Social consume un elevado coste de personal, que incluye tanto personal muy cualificado (directores, gerentes, médicos, etc.) como personal menos cualificado (personal de limpieza, celadores, transportistas, etc.). Como promedio, los hospitales de la Seguridad Social para enfermos psiquiátricos de larga duración gastaban en el año 1998 un promedio de 3.292.970 de pesetas (equivalente 19.718,38 euros, sin actualizar por la inflación), solamente en personal, por cada enfermo que estuviese internado los 365 días del año. Se ha utilizado como elemento de comparación los hospitales psiquiátricos de larga duración porque son los de consumo menos intensivo de

<sup>2</sup> La cifra se obtiene multiplicando el número de quincenas anuales (26'1) por el porcentaje que restringe su tiempo libre (12'9%) y el número medio de días de restricción (7'31 días). El mismo procedimiento se utiliza en el resto de indicadores.

<sup>3</sup> Para mayor detalle, vid. Durán, M.A. (2003), *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, Bilbao, especialmente capítulo 5 sobre "Análisis socioeconómico del sector sanitario: El precio del trabajo no remunerado en el cuidado de la salud".

personal por enfermo internado (0,74 empleados por enfermo internado). Los hospitales geriátricos consumen mayor cantidad de personal por enfermo (1,11 empleados por enfermo internado) siendo los hospitales quirúrgicos los que alcanzan las cotas más intensivas de consumo de personal y por tanto los más costosos por enfermo anual (3,90 empleados por enfermo). La media para el conjunto de los hospitales de la Seguridad Social es 3,11 empleados por enfermo anual. La proporción es de 0,05 directivos, 0,54 médicos, 0,01 farmacéuticos, 0,82 enfermeros titulados, 0,78 auxiliares de enfermería y 0,90 empleados no sanitarios por enfermo anual internado.

El 6,54 de los niños menores de cinco años y el 4,75 de los de cinco a quince años de edad, guardaron algún día de cama en la última quincena, con un tiempo medio de 2'93 y 3'13 días respectivamente. Estimamos que el número medio de días encamados anuales entre los menores de cinco años fue 5'00 días ( $6'54\% \cdot 26'1 \cdot 2'93$ ) y el de los de cinco a quince años fue 3'88 días anuales ( $4'75\% \cdot 26'1 \cdot 3'13$ ). El encamado de los menores de edad es un dato del máximo interés económico y político, ya que en la mayor parte de los casos, aunque se trate de enfermedades leves, necesitan la asistencia de un adulto que durante esos días sufre especiales dificultades para conciliar la vida profesional o social y las responsabilidades familiares. Por ahora no se han realizado estudios en profundidad sobre el impacto en el absentismo laboral y en la pérdida de horas de sueño, ocio, etc., que ocasiona la demanda de cuidados de los niños enfermos. En la Encuesta de Demandas Sociales Vinculadas a la Salud de los niños (CSIC; 1993)<sup>4</sup> realizada en Madrid. Sobre niños escolarizados y en condiciones generales de buena salud, la duración media estimada por las madres de los episodios de morbilidad era doble cuando las madres no ocupaban un empleo. Sin duda, la presión para reducir el absentismo de las madres influye de un modo poderoso para reducir la percepción del tiempo que la enfermedad de los hijos requiere presencia ineludible de las/los cuidadores.

## 2.5. El consumo de medicación

Según la Encuesta Nacional de Salud (INE, 2003), el 54'64% de la población consumió medicación en las dos últimas semanas anteriores a la encuesta, con un incremento constante según la edad, salvo en el primer quinquenio de vida (48% de los niños, 44% de las niñas recibieron medicinas). En el grupo de cinco a quince, desciende al 30%, tanto para varones como para mujeres. Al final de la escala de edad, entre los mayores de 75 años, el consumo de medicamentos alcanza al 90% de los varones y el 93% de las mujeres.

Los resultados por tipo de actividad económica apuntan a que el consumo es menor en los grupos de mayor nivel socioeconómico. Cuando el sustentador principal es directivo el consumo es mínimo (50'91%), y aumenta continuamente hasta alcanzar el máximo en los trabajadores no cualificados (58'64%). No obstante, la edad media de estos últimos es más avanzada, por lo que se superponen factores etarios y de clase social.

<sup>4</sup> Garrido, A. y Vega, R. (1995). "La demanda de trabajo no remunerado generada por el cuidado de la salud de los niños" en *Política y Sociedad*, nº 19, pp./ 139-149.

## 2.6. La automedicación

La automedicación (sin receta) también sigue un patrón influido por la condición social; la media de automedicación (consumo de medicinas) es 16'75%, pero es más alta en los directivos (21'72%), que tienen muy poco tiempo, que en los trabajadores no cualificados. Estos últimos están mejor cubiertos en sus gastos farmacéuticos por la Seguridad Social y su coste de oportunidad por el tiempo empleado en la consulta es mucho más bajo que el de los directivos.

## 3. El consumo de servicios sanitarios: diferencias de género, edad y nivel socioeconómico

### 3.1. Las consultas médicas

Ya hemos señalado la frecuencia con que la población sufre síntomas de enfermedad. Acudir al médico se relaciona con la enfermedad, pero también con la prevención, tanto más cuanto mejor es la atención sanitaria. En las últimas dos semanas, según la Encuesta Nacional de Salud (INE, 2003), han acudido al médico el 24% de los varones y el 32'5% de las mujeres. Excepto en el primer quinquenio, en que acuden más los niños (43'91% frente a 40'92%), las mujeres van más al médico en todos los grupos de edad, hasta que alcanzan los 75 años. A partir de ahí, de nuevo son más altas proporcionalmente las consultas de los varones (53'55% frente a 50'50%).

La diferencia máxima en el uso de este servicio se produce entre los 45 y 54 años de edad, cuando el índice de uso por las mujeres casi duplica al de los varones. A partir de esta edad, las diferencias van acortándose hasta equipararse y descender respecto a los varones.

La tabla 2 muestra la distribución de las consultas médicas de la población según tipos de consulta. Las diferencias entre hombres y mujeres no son grandes en el tipo más frecuente de consulta, los centros de salud o ambulatorios, pero sí en el uso de consultas hospitalarias externas, urgencias y otros tipos de consulta. A partir de setenta y cinco años aumenta el uso de los centros de salud.

Tabla 2. Tipo de consulta de los que acudieron al médico en las últimas dos semanas.

	Tipo de consulta					
	Centro de Salud o ambulatorio	Ambulatorio - Centro de especialidades	Consulta externa hospital	Servicio de Urgencias	Médico particular	Otros
Total	59,17	15,26	7,30	4,02	10,07	4,18
Varones	58,57	14,25	8,57	3,98	9,98	4,65
Mujeres	59,60	15,99	6,37	4,06	10,14	3,83
Los de más 75, Total	63,76	12,07	7,32	2,75	6,09	8,01
Los de más 75, Varones	63,87	11,50	9,40	3,96	5,47	5,80
Los de más 75, Mujeres	63,68	12,48	5,83	1,89	6,54	9,59

\* En las últimas semanas han acudido al médico el 24'0% de los varones y el 32'5 de las mujeres.

Fuente: Elaboración de M.A Durán, sobre datos de la Encuesta Nacional de Salud, INE, 2003.



La tabla 3 permite ver el avance de la medicina preventiva y de mantenimiento sobre el total del consumo de consultas médicas. Menos de la mitad de las visitas tuvieron como objetivo el diagnóstico o tratamiento. Una cuarta parte se destinaron a revisión y un 22'55% (36'91% entre los mayores de setenta y cinco años) a la búsqueda de recetas, la mayoría para enfermedades crónicas. En este último componente habría que deslindar lo que aporta al cuidado de la salud, que es un aspecto muy positivo, de la función disuasoria de consumo que ejerce el sistema sanitario respecto a los pacientes, y en especial a los asegurados, espaciando y haciendo costosa en tiempo la obtención de recetas para medicamentos. El coste por la pérdida de tiempo reduce el consumo y aumenta el autoconsumo y deriva la consulta desde los sistemas más lentos hacia los más rápidos (en general, la medicina privada).

Tabla 3. Motivo de la consulta.

	Diagnóstico y/o tratamiento	Motivo de consulta		
		Revisión	Recetas	Otro
Total	45,99	25,18	22,55	6,28
Varones	46,37	25,28	20,15	7,60
Mujeres	45,71	21,10	23,85	5,33
Los de más 75, Total	32,50	26,71	36,91	3,87
Los de más 75, Varones	33,36	26,41	35,07	5,16
Los de más 75, Mujeres	31,88	26,92	38,24	2,95

Fuente: Elaboración de M.A Durán, sobre datos de la Encuesta Nacional de Salud, INE, 2003.

### 3.2. Las hospitalizaciones

Según la Encuesta Nacional de Salud (INE, 2003) el 9'24% de la población fue hospitalizada al menos una vez el año anterior (8'87% de los varones y 9'60% de las mujeres). A partir de los 75 años, la proporción asciende al 20'15% de los varones y al 19'22% de las mujeres. Entre las mujeres, el grupo de edad de veinticinco a treinta y cuatro años experimenta un gran alza de hospitalizaciones (12'59) respecto al grupo de edad anterior (3'79%) y al siguiente (9'46%), debido a las maternidades. En ese grupo de máxima utilización de los hospitales en edades de buena salud, el índice de las mujeres dobla al de los varones (6'82%). La media de días de hospitalización según la encuesta fue de 7'72, ligeramente más alta en los varones que en las mujeres. En la edad avanzada (más de 75 años) el promedio de estancia es 10'58 días. Estas cifras son similares a las facilitadas por la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de 2004. Los partos constituyen el 8'88% de todas las hospitalizaciones y tiene, lógicamente, una estructura determinada por sexo, ya que corresponden totalmente a las hospitalizaciones de mujeres. Constituyen el 16'81% de sus hospitalizaciones.

El 16'50% de los que sufrieron hospitalización en el año anterior, tuvieron más de un ingreso (17'56% de los varones y 15'55% de las mujeres).

La tabla 4 informa sobre la forma de financiación de la hospitalización. Se refiere solamente a los gastos de hospital, no a los que provoca a la familia del hospitalizado en concepto de transporte, acompañamiento, etc.



Tabla 4. Forma de financiación de la hospitalización.					
	Seguridad Social	Mutualidad Obligatoria	Sociedad médica privada	A su cargo o al de su hogar	A cargo de otras personas o instituciones
Total	82,93	3,99	9,90	2,05	1,13
Varones	83,74	4,51	7,62	2,18	1,95
Mujeres	82,20	3,52	11,95	1,94	0,40

Fuente: Elaboración de M.A Durán, sobre datos de la Encuesta Nacional de Salud, INE, 2003.

La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria es otra fuente complementaria, que permite conocer el tipo de enfermedades que provocan estancias hospitalarias y la duración media de la estancia según género. Las estancias hospitalarias son relevantes a efectos de análisis económico porque consumen una parte importante de los recursos monetarios asignados a la sanidad, son intensivas en cuidados remunerados y en uso de instalaciones sanitarias. En los hospitales suele atenderse la fase más aguda de las enfermedades, pero los enfermos son devueltos a sus hogares cuando superan el momento en que es necesaria la intervención hospitalaria; dicho de otro modo, el coste del cuidado de los enfermos graves es derivado frecuentemente hacia los hogares una vez que los hospitales estiman que el estado de salud del enfermo no va a mejorar sensiblemente aunque permanezca internado.

Según esta fuente, la estancia media de internamiento de los enfermos dados de alta es 8 días para los varones y 7 para las mujeres. La duración media por estancia es idéntica por género para los menores de 14 años, más elevada para los varones en el grupo de edad de 15 a 64 años, en que cambia la tendencia, y a partir de los 85 años es más prolongada la estancia para las mujeres.

Tabla 5. Estancias causadas según diagnóstico principal (CIE9MC) y género, en porcentaje sobre el total de estancias. España 2004. Unidad: días.			
	Total	Varones	Mujeres
Todas las causas (ver excepciones en metodología)	100,0	100,0	100,0
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2,0	2,4	1,6
Tumores	11,7	13,1	10,3
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	1,9	1,7	2,1
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,9	0,8	1,0
Trastornos mentales	9,3	9,9	8,7
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2,6	2,5	2,7
Enfermedades del sistema circulatorio	15,4	16,9	13,9
Enfermedades del aparato respiratorio	10,0	12,2	7,7
Enfermedades del aparato digestivo	10,1	11,0	9,2
Enfermedades del aparato genitourinario	4,1	3,5	4,7
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	5,9	..	11,9
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1,1	1,2	1,1
Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo	4,8	4,1	5,6
Anomalías congénitas	0,6	0,7	0,6
Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal	1,8	1,9	1,7
Síntomas, signos y estados mal definidos	4,0	4,2	3,8
Lesiones y envenenamientos	9,8	9,8	9,8
Hospitalizaciones especiales códigos v (incluyen los nacidos vivos en hospitales)			
(diagnóstico principal)	2,0	2,0	2,1
Altas sin diagnóstico	1,8	2,2	1,4

Fuente: Elaboración de M.A. Durán y J. Rogero sobre datos de la Encuesta de morbilidad hospitalaria 2004. Instituto Nacional de Estadística.

Las enfermedades que generan más proporción de estancias largas son las circulatorias, tumores, digestivas, respiratorias y mentales:

El grado de cobertura sanitaria (quién, cuánto, cómo) es un tema político y económico de primera magnitud. El tratamiento hospitalario es caro y frecuentemente inesperado. La mayoría de la población no podría pagarlo privadamente en el momento que se produce. Se financia a través de los pagos obligatorios a la Seguridad Social, complementada con partidas presupuestarias obtenidas de los impuestos.

### 3.3. La atención sanitaria en los accidentes

El sistema de cuidados a la salud tiene que afrontar también los daños por accidente. El 9'95% de la población tuvo un accidente en los últimos doce meses, siendo la proporción de accidentes entre los varones algo más alta que entre las mujeres. El 10'78% de los varones los sufrieron, frente sólo a el 9'14% de las mujeres. En el grupo de 16 a 24 años, el índice de accidentes entre varones dobla el de las mujeres (16'65% frente a 8'23%), igual que en el grupo de edad siguiente (13'39% frente a 6'86%). A partir de los 55 años la tendencia se invierte: en todas las edades es más alta la accidentalidad de las mujeres. Se trata, básicamente, de distintas pautas sociales en relación con la conducta arriesgada y con la actividad laboral. El dato de la alta siniestralidad de los varones jóvenes es bien conocido, en parte por la abundancia de graves secuelas, pero no es tan conocido el dato de la alta siniestralidad de las mujeres de edad madura y avanzada. Parte de estos accidentes son caídas, y la osteoporosis aumenta la probabilidad de que ocurra a las mujeres. Las mujeres hicieron menos consultas a causa de su accidente, y los varones utilizaron en mayor proporción los centros de urgencias e ingresaron más en hospitales.

**Tabla 6. Accidentes en los últimos doce meses y tipo de asistencia.**

	% Sufrió accidente	Total	Consultó a un médico o profesional de enfermería	Acudió a un centro de urgencias	Ingresó en hospital	No fue necesario ninguna consulta ni intervención
Total	9,95	100,00	23,10	57,27	5,59	14,04
Varones	10,78	100,00	22,55	59,04	6,58	11,84
Mujeres	9,14	100,00	23,73	55,26	4,46	16,55

Fuente: Elaboración de M.A Durán, sobre datos de la Encuesta Nacional de Salud, INE, 2003.

La distribución por el lugar del accidente es diferente en varones y mujeres, dato este muy relevante para la planificación de los servicios de salud.

Los varones sufren el doble de accidentes que las mujeres en los centros de trabajo, en tanto que las mujeres sufren el doble de accidentes que los hombres en su propia casa. Los tipos de cobertura sanitaria son también diferentes. La diferencia se debe a que el hogar es, en realidad, el centro de trabajo donde pasan gran parte de su tiempo las mujeres, y donde manipulan instrumentos. Los accidentes en carretera son similares para ambos sexos.

La consecuencia más frecuente de los accidentes son las contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones o heridas superficiales (63'82 de los casos). Las fracturas o heridas profundas son la consecuencia en el 25'86% de los casos. Los varones tienen una proporción algo mayor de heridas graves o fracturas que las mujeres (28'23 frente a 23'16%). Otra importante modalidad de accidentes son los envenenamientos, intoxicaciones y quemaduras. Proporcionalmente a la cantidad de accidentes que sufren, los varones tienen mayor cantidad de envenenamiento y quemaduras, que son el 16'23% de sus accidentes, frente al 14'90% entre las mujeres, lo que se debe asimismo parcialmente a las diferentes condiciones de trabajo.

#### **4. Innovaciones en la investigación sociosanitaria: la dimensión temporal del cuidado**

##### *4.1. Innovación y continuísmo; el contraste entre fuentes*

Aunque cada vez se dispone de fuentes y técnicas más perfeccionadas de observación, medición y análisis, no es fácil medir el uso del tiempo y su dedicación a diferentes actividades. Por ello, en la investigación se plantea constantemente la disyuntiva entre continuísmo (repetir estudios previos) e innovación temática y metodológica. Pequeñas variaciones en los objetivos y en la metodología llevan a medir realidades diferentes, y consiguientemente se obtienen diferentes resultados. A esta dificultad se añade que, en las encuestas generales, no dirigidas monográficamente al tema del cuidado de enfermos, las submuestras de quienes realizan esta actividad son pequeñas y cualquier variación en las cifras (casos) se traduce en cambios importantes en los índices.

La disponibilidad para el enfermo o dependiente conlleva la no disponibilidad de tiempo para sí mismo: pero la capacidad de superponer actividades, densificando el tiempo, y en consecuencia el cansancio y estrés del cuidador, depende tanto de los condicionantes espaciales como de los estilos de trabajo y cuidado. A partir de estas cautelas, vale la pena mostrar los datos inéditos de dos encuestas sobre uso del tiempo realizadas en España en 2002 y 2003, ambas de carácter general, que aportan alguna información sobre la proporción de cuidadores entre la población mayor de dieciocho años. Se trata de la Encuesta de Empleo del Tiempo, realizada por el Instituto de Estadística (INE) según modelo armonizado por Eurostat (2002-2003) y la Encuesta sobre Uso del Tiempo en España (2003) realizada desde el Consejo Superior de Investigaciones Científicas como parte del proyecto de Investigación: "El uso del tiempo: integración en el análisis de la estructura social y económica" (SEC2002-00504). En ambas se preguntó a los entrevistados si el día anterior (laboral, sábado o domingo), habían dedicado tiempo a cuidar a familiares adultos residentes en su mismo hogar. Aunque el índice de cuidadores sea pequeño, permite estimar la cifra total de cuidadores al aplicarla a la población total.

En la encuesta realizada para el Consejo Superior de Investigaciones Científicas se ponía más énfasis en las actividades secundarias y simultáneas que en la encuesta del INE, por lo que la actividad de cuidado se refleja con más amplitud. Un 4'65% de los

mayores de dieciocho años según la encuesta del INE y un 9'46% según la del CSIC dedicaron algo de tiempo el día anterior a ayudar a algún adulto de su hogar. La encuesta del CSIC es consistente con otra encuesta anterior, realizada por el mismo grupo de investigadores que ofreció como resultado que en el 8'6% de los hogares de la Comunidad de Madrid hay algún familiar anciano que necesita especial cuidado, y asimismo en el 3'7% de los hogares hay enfermos que requieren especial dedicación. Ambos índices suman el 12'3% de los hogares. Estas personas adultas que reciben ayuda coinciden a grosso modo con los dependientes, aunque en algunos casos puede tratarse de enfermedades pasajeras y, en otros, los cuidadores no ofrecen información sobre cuidados porque consideran la ayuda como parte inseparable de su trabajo cotidiano en el hogar. Esto último es especialmente frecuente entre los cónyuges de personas de avanzada edad. No se incluyen aquí los cuidados a niños, aunque entre ellos también existen algunos dependientes crónicos por motivos de salud. Habría que añadir a estas cifras parte del tiempo transferido a otros hogares como ayudas no remuneradas, pero dentro del tiempo no remunerado dedicado a otros hogares, no se conoce con exactitud la proporción de tiempo destinada al cuidado de adultos dependientes.

Metodológicamente es interesante que la percepción del tiempo destinado al cuidado de los demás resulte diferente entre hombres y mujeres. La "disponibilidad" para el enfermo es uno de los posibles criterios de definición del cuidado, pero a menudo se suma y simultanea a otras dedicaciones más activas. Por ello, distintos tipos de cuidadores ofrecen respuestas bastante diferentes a actividades similares.

Las mujeres realizan esta actividad más frecuentemente, pero lo hacen simultaneándola con otras actividades domésticas sobre las que también se demanda información en las encuestas. Dicho de otro modo, densifican su trabajo no remunerado. Los varones ejercen esta actividad menos frecuentemente, pero cuando lo hacen tienden a hacerlo de un modo menos superpuesto a otras actividades, entre otras cosas porque es incompatible con los trabajos remunerados fuera del hogar a los que ellos suelen dedicarse en la edad madura. También es mayor su tendencia a ofrecer respuestas del tipo "todo el día", que inciden en el crecimiento de las medias estadísticas de dedicación. Las medias son, pues, el resultado de dedicaciones heterogéneas, desde unos pocos minutos diarios hasta la dedicación ininterrumpida durante días y semanas.

**Tabla 7. Personas mayores de 18 años que prestan ayuda a miembros adultos de su hogar.**

	Total			% Ayudan algo			Mujeres			Media (horas y centésimas)								
	Lab.	S.	D.	Lab.	S.	D.	Lab.	S.	D.	Lab.	S.	D.	Lab.	S.	D.	Lab.	S.	D.
Ayuda a adultos miembros del hogar*	4,65	3,77	3,06	3,25	2,74	1,66	5,86	4,66	4,27	1,57	1,6	1,5	1,63	1,56	1,53	1,54	1,62	1,49
Ayuda a adultos miembros del hogar**	9,45	8,91	8,34	4,33	4,91	4,58	14,3	12,7	11,9	3,94	4,45	4,53	4,59	5,29	5,63	3,76	4,14	4,14

\* Elaboración de Durán, Rogero et. al. sobre microdatos para mayores de 18 años de la Encuesta de Empleo del Tiempo en España 2002-2003 (INE). N° de entrevistas analizadas: 42.675

\*\* Elaboración de Durán y otros sobre datos de la Encuesta CSIC sobre Uso del Tiempo en España, 2003 N° de entrevistas, 1.224.

En resumen, una cifra de mayores de dieciocho años de más de tres millones ciento setenta y siete mil personas (3.177.401), según la fuente más exhaustiva, y de más de un millón quinientas sesenta y un mil personas (1.561.830) según la fuente más restrictiva, se ocupa durante los días laborables de dedicar algo de ayuda a un familiar adulto residente en su mismo hogar.

El tiempo medio dedicado los días laborables es 1'57 horas según la fuente más restrictiva y 3'94 según la más exhaustiva, lo que permite estimar el tiempo total dedicado diariamente en una franja entre 2.452.073 horas y 12.518.960 horas. El rango de variación es 5'10. Otorgándole un valor modesto de seis euros por hora, correspondiente a la gama más baja del mercado laboral, el coste de sustitución del tiempo no remunerado de ayuda a adultos del propio hogar estaría entre 14.712.438 y 75.113.760 euros diarios. Este cómputo no incluye modificaciones en la productividad del cuidado, ni tiene en consideración otros criterios económicos, como la creación de empleo y la circulación de capital a la que daría lugar la externalización del cuidado.

#### 4. 2. El tiempo de los cuidadores

Una tentación frecuente entre los investigadores es la de limitarse a una fuente única de datos con el fin de paliar las incertidumbres que surgen al contrastar las diferencias de resultados obtenidos en distintos estudios, que utilizan diferentes metodologías y tienen distintos objetivos. Como todavía no se ha incorporado a la producción de estadísticas periódicas la investigación sobre los tiempos de cuidado, resulta sumamente difícil establecer series periódicas.

Desde una perspectiva optimista, los estudios actuales sobre la dimensión temporal de la sociedad y la economía tienen la enorme ventaja de ser abiertos, innovadores y creativos. Se están explorando simultáneamente numerosas vías de investigación. La consecuencia menos positiva de esta riqueza innovadora es que existe todavía poco grado de convenialidad (agreement) y por tanto los resultados son difícilmente comparables entre épocas, países y tipos de demanda u oferta de cuidados. Por todo ello es imprescindible resaltar la importancia de los estudios pequeños, cualitativos e innovadores, que son tan valiosos como los grandes estudios institucionales para avanzar en la investigación.

**Tabla 8. Estimación del tiempo semanal dedicado a cuidar a otras personas, según cinco encuestas, entre 1993 y 2003. (horas y centésimas)**

	EUSTAT93	CSIC95	CIRES96	EUSTAT98	CSIC2000
TOTAL	2,25	11,33	11,03	2,33	7,26
VARONES	1,36	6,47	4,14	1,66	5,77
MUJERES	3,00	15,92	17,34	3,03	8,47

Fuente: EUSTAT93: Encuesta de Presupuesto de Tiempo, EUSTAT, 1993, País Vasco.

CSIC95: Encuesta de Actividades No Remuneradas CSIC, 1995, Nacional.

CIRES96: Encuesta sobre Uso del Tiempo. CIRES, 1996. Nacional.

EUSTAT98: Encuesta de Presupuestos de Tiempo, EUSTAT, 1998, País Vasco.

ASEP2000: Encuesta sobre Uso del Tiempo, CSIC-ASEP, 2000. Nacional

CSIC2000: Encuesta sobre Hogares de la Comunidad de Madrid, CSIC, 2000.

A continuación se van a exponer las diferencias obtenidas entre distintas investigaciones realizadas en España, cuya riqueza es precisamente su capacidad innovadora de investigación.

Según los datos de la Encuesta a Hogares de la Comunidad de Madrid (CSIC, 2000), un 22% del tiempo dedicado diariamente al trabajo no remunerado se destina a actividades relacionadas con el cuidado de otras personas, niños o adultos. Los adultos que reciben cuidados son, básicamente, enfermos y ancianos.

**Tabla 9. La estimación del tiempo dedicado al cuidado de otras personas, según diferentes procedimientos de cálculo, Encuesta CSIC, Madrid, 2000. (horas y centésimas)**

	Sexo persona entrevistada		Total
	Varón	Mujer	
	Media	Media	Media
Tiempo dedicado a cuidados (un día normal)	0,88	1,47	1,21
Tiempo dedicado a cuidados ayer	0,69	1,27	1,01
Tiempo dedicado a cuidados la semana anterior	5,77	8,47	7,26

Fuente: Encuesta a Hogares de la Comunidad de Madrid, CSIC, 2000.

En esta fuente se obtuvo información sobre el tiempo de cuidado a través de tres preguntas diferentes. Es de destacar, en primer lugar, la gran similitud que se observa en las respuestas. Cuando se utiliza como referencia temporal un día normal y se pregunta de forma general por el tiempo dedicado al cuidado de otras personas, éste es estimado en 1.21 horas. Tan sólo .20 horas más que cuando se sitúa la referencia temporal en el día de ayer y se pregunta específicamente por el tiempo dedicado al cuidado de niños y el destinado al cuidado de ancianos. La diferencia entre ambas estimaciones es igual para las mujeres (.20) que para los varones (.19).

Sea cual sea el método que se utilice para estimar la cantidad de tiempo dedicada a cuidados, las mujeres tienen mayor grado de implicación que los varones en este tipo de actividades. La diferencia en la dedicación de ambos sexos al cuidado de niños/as se sitúa en torno a las 0,59 horas diarias (2.7 horas semanales). Una diferencia que, a pesar de ser significativa, es menor de la que se observa en otras actividades no remuneradas y menor también que la obtenida en otras encuestas.

Es evidente la gran disparidad existente entre los datos obtenidos en las encuestas realizadas por EUSTAT en el País Vasco, y los procedentes del resto de los estudios. El tiempo de cuidado semanal estimado a partir de los datos de las encuestas de EUSTAT es unas cinco horas inferior al obtenido en la encuesta realizada en la CAM (CSIC, 2000) y alrededor de ocho horas menor que el resultante de las tres encuestas de ámbito nacional (CSIC, 1995; CIRES, 1996; ASEP, 2000). La magnitud de esta diferencia debe ser explicada acudiendo a factores de carácter metodológico más que a la existencia de una diferencia real tan pronunciada en la dedicación al cuidado de otros en los diferentes ámbitos territoriales en los que se han realizado las encuestas. En las encuestas de EUSTAT, se utilizó el método del diario para estimar el tiempo dedicado a diferentes actividades a lo largo del día. Este método consiste en presentar al entrevistado los diferentes tramos horarios en los que se divide el día y pedirle que indique



las actividades realizadas en dichos tramos. En el resto de las encuestas, sin embargo, el procedimiento utilizado para estimar el tiempo de cuidados fue presentar al entrevistado una relación de actividades y pedirle que indicara el tiempo dedicado a las mismas. Dado que el cuidado de los hijos es una actividad que se realiza frecuentemente de forma simultánea con otras actividades, es posible que mediante la utilización del método de diario aparezca más frecuentemente como actividad secundaria que como principal, contribuyendo esto a reducir la visibilidad del tiempo que se dedica a esta actividad.

Un segundo dato a destacar es la notable diferencia que se observa entre los datos procedentes de la encuesta CSIC-2000 y los derivados de las tres encuestas de ámbito nacional. El tiempo que se dedica semanalmente al cuidado de otras personas es 3 horas menor en la encuesta CSIC 2000 que en la realizada por ASEP para el mismo año, siendo la estimación resultante de esta encuesta muy similar a la obtenida en las encuestas CIRES-1996 y CSIC-1995. Además, la diferencia entre las estimaciones basadas en la encuesta CSIC-2000 y las de otras encuestas es mucho más pronunciada en el caso de los varones que en el de las mujeres. Los hombres de la muestra del CSIC-2000 dedicaron, como promedio, 5.77 horas a la semana a cuidar a otras personas, 0.7 horas menos que los de la encuesta CSIC-1995 y alrededor de 1.6 horas más que los de la muestra de CIRES o la de ASEP. Las diferencias en la dedicación de las mujeres son, sin embargo, más acusadas. El tiempo medio que éstas dedican a la semana al cuidado de otras personas es aproximadamente la mitad en la encuesta CSIC-2000 que en las tres encuestas nacionales. La diferencia entre la encuesta CSIC y el resto, en lo que a la composición de la muestra se refiere, es uno de los factores que explican la disparidad en las estimaciones del tiempo. La mayor presencia en la encuesta CSIC-2000 de mujeres que tienen un empleo remunerado, y que dedican menos tiempo al cuidado de otras personas, o el escaso porcentaje de hogares en los que hay personas mayores podrían ser algunas de las características de la muestra que han influido en la estimación del tiempo de cuidados.

Los datos obtenidos al comparar las estimaciones del tiempo de cuidados procedentes de distintas encuestas son indicativos de la influencia que los métodos de investigación utilizados ejercen en los resultados obtenidos. La similitud que se observa entre las dos encuestas de EUSTAT y entre las dos encuestas realizadas por CIRES (1996) y ASEP (2000), y la diferencia entre dichas estimaciones y las procedentes de otros estudios, refuerzan esta conclusión. Parece claro que la estimación que se haga del tiempo dedicado a cuidados depende en gran medida de los procedimientos de medición utilizados. Algo que debería ser tenido en cuenta tanto a la hora de diseñar las investigaciones como a la hora de establecer comparaciones entre unos estudios y otros.

Otra cuestión de gran importancia metodológica y política es el esclarecimiento de la relación entre quienes reciben y ofrecen cuidados. Generalmente se adopta el hogar como unidad de análisis, y la producción de los hogares se entiende referida exclusivamente a los miembros de la familia que residen en el mismo hogar. Sin embargo, los estudios más especializados demuestran que existen intercambios monetarios y no monetarios entre la red extensa de familiares y amigos, por lo que los hogares ofrecen recursos a personas de otros hogares. También, las personas



que residen en un hogar se trasladan a veces a otros hogares para prestar allí sus servicios no remunerados de ayuda. Esta situación es frecuente en las mujeres, tanto las que reciben en su hogar a familiares más jóvenes para prestarles cuidados, especialmente a nietos, como las que se desplazan al hogar de sus padres ancianos para ayudarles en sus desplazamientos, compras, gestiones, visitas a los médicos y cuidados directamente relacionados con la enfermedad. En la Comunidad de Madrid, un 14% de las mujeres mayores de 18 años dedica parte de su tiempo a prestar ayuda no remunerada a otros hogares; un 5% dedica ayuda desde su propio hogar a familiares que residen en otros hogares y un 10'6% se desplaza a otros hogares para prestar la ayuda. La suma de ambas cifras es 15,9%, algo mayor que el 14,4% inicialmente citado, porque algunas mujeres asumen ambas funciones simultáneamente.

## 5. Escenarios de futuro: la distribución de la carga temporal del cuidado

La previsión de los servicios de atención a la salud tienen que arrancar de un buen conocimiento demográfico, con previsiones a corto, medio y largo plazo, porque las necesidades son distintas para cada grupo de edad, género, nivel ocupacional y estilo de vida, así como son diferentes las posibilidades de recibir asistencia médica. La llamada "Escala de Madrid" (Durán, 1998) permite hacer previsiones a nivel agregado de la demanda de cuidados, aplicando un coeficiente a cada grupo de edad. Respecto a los cuidados generales, de los que la salud sólo es un componente, la escala es la siguiente: población de 18 a 64 años, 1 punto; de 0 a 4, 2 puntos; de 5 a 14 años 1,5 punto; de 15 a 17 años, 1,2 puntos; de 65 a 74 años, 1,2 puntos; de 75 a 84 años 1,7 puntos; y de 85 y más años, 2 puntos. Puede ajustarse a la idiosincrasia de cada país o entorno social, o ajustarse para demandas sanitarias específicas. Es previsible que a corto plazo puedan realizarse nuevas versiones de esta escala, utilizando tanto la documentación empírica disponible como las entrevistas y talleres de trabajo con expertos de cada campo.

La tabla 10 presenta una estimación de cómo van a evolucionar las unidades de cuidado necesarias para mantener el bienestar actual de la población en España en los próximos 50 años. La estimación de las unidades de cuenta se ha hecho según la llamada Escala de Madrid<sup>5</sup>, en la que la población de 15 a 64 años consume una unidad de cuidado por persona y al resto se le atribuye un consumo de unidades de cuidado crecientes en función de su grupo de edad. En función de las proyecciones demográficas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), puede preverse la cantidad de unidades de cuidado que tendrían que proporcionar distintos grupos sociales según cual fuera el escenario de distribución del cuidado. Por ejemplo, si se supone que las mujeres de 18 a 64 años van a ser quienes proporcionan todos los cuidados necesitados por la población de 65 y más años, para el año 2050 el número de unidades de cuidado que tendrá que proporcionar este colectivo se habrá triplicado respecto al que produce en la actualidad.

<sup>5</sup> Para más detalle, vid Durán, M.A. (2006). *"El futuro del trabajo en Europa: el cuidado de las personas dependientes"*, presentado en la Reunión de Expertas/os: "Cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público", México, 24-26 de octubre de 2005 (en prensa).

**Tabla 10. La demanda de cuidados a corto, medio y largo plazo en España: escenarios de producción.**

	A-2001		B-2010		C-2025		D-2050	
	Uds. de cuidado	% A/A	Uds. de cuidado	Incremento porcentual % B/A	Uds. de cuidado	Incremento porcentual % C/A	Uds. de cuidado	Incremento porcentual % D/A
1- Demanda total en unidades de cuidado	48.326.496		54.552.039		60.277.296		67.038.729	
2- Demanda / población total	1,18	100	1,19	101	1,20	102	1,26	107
3- Demanda / población 18-64 años	1,81	100	1,84	101	1,95	107	2,37	131
4- Demanda / mujeres 18-64	3,64	100	3,72	102	3,98	109	4,86	133
5- Demanda población 65 y más años mujeres 18-64 años	0,41	100	0,50	122	0,59	144	1,23	300

Fuente: Elaboración de M.A. Durán y J. Rogero sobre datos del INE, "Proyecciones demográficas en base al Censo de Población 2001", 2004

Varios estudios recientes se han centrado en las previsiones de la distribución de la carga de cuidado en Madrid. Según el censo 2001, en la Comunidad de Madrid hay 5.423.384 personas. De ellas, el 17,6% son menores de 18 años que es el límite legal de la mayoría de edad. El 67,8% se sitúan entre los 18 y los 65 años, que es la edad generalmente definida como potencialmente activa, y el 14,6% son mayores de 65 años, que grosso modo se corresponde con la población jubilada. Entre las mujeres, las mayores de 65 años (16,8%) superan ya ligeramente a las que aún no han alcanzado la mayoría de edad legal (16,6%).

Según otra fuente diferente, el Panel de Hogares de la Unión Europea para el año 2000, 767.000 madrileños padecen alguna enfermedad (el 18,2%). Para el 15,9% de éstos, su dolencia implica un alto grado de impedimento en el desarrollo de su actividad diaria, y al 40,6% les impide hasta cierto punto desarrollar su vida normal. Ambos grados suman un 56%, que respecto al 18% citado de enfermos, produce una proporción del 9% de la población madrileña, similar al 8,2% de discapacitados en el total nacional establecido por la Encuesta de Discapacitados (INE, 1999).

Las proyecciones de población 1996-2011 realizadas por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, señalaban que la evolución demográfica madrileña tiene una tendencia clara hacia el envejecimiento poblacional. La población total de la Comunidad de Madrid aumentará un 4% hasta el 2011. En este periodo, tanto la cifra de menores de 18 años, como la de personas situadas entre 18 y 64 años se mantendrán prácticamente estables. Sin embargo, el número de mayores de 65 años aumentará en un 22,7%, colocando a éstos como los protagonistas indiscutibles de la demanda de cuidados en el Madrid futuro. Lo que no han previsto suficientemente las proyecciones demográficas son las inmigraciones irregulares, que se concentran en la franja de edad de veinticinco a cuarenta años.

Las tablas 11 y 12 visualizan varios escenarios posibles de distribución de la carga del cuidado no remunerado según la edad de los que necesitan cuidados y la edad y género de la población sobre la que recae la carga del cuidado, así como el incremento de esfuerzo requerido en cada uno de ellos para el período 1996-2011.

Como resumen y conclusión puede señalarse que si mantienen las proyecciones demográficas realizadas en 1996 y la carga del cuidado sigue recayendo sobre las mujeres de 18 a 64 años, en el año 2011 la presión de la carga habrá aumentado un 5'8% sobre la que había en el año 1996, y cada mujer de ese grupo de edad será responsable de prestar cuidados a 3'66 personas, incluida ella misma. Este supuesto es

incompatible con la propuesta europea de aumentar el grado de incorporación de las mujeres a la población activa, y con las reivindicaciones de las mujeres en el mismo sentido. Urge encontrar nuevos pactos sociales que permitan la redistribución de una carga social que va a seguir creciendo ininterrumpidamente en las próximas décadas.

**Tabla 11. Unidades de cuidados para los distintos grupos de edad, si sólo recayeran sobre las mujeres entre 18 y 64 años, en la Comunidad de Madrid.**

Edades	1996	2001	2003	2011	Variación 1996-2011 (%)
Total	3,46	3,37	3,46	3,66	5,8
De 0 a 4 años	0,28	0,28	0,31	0,36	27,5
De 5 a 14 años	0,49	0,41	0,42	0,48	-2,6
De 15 a 17 años	0,16	0,11	0,11	0,10	-36,1
De 18 a 64 años	1,95	1,96	1,96	1,96	0,4
De 65 a 74 años	0,29	0,29	0,31	0,31	8,9
De 75 a 84 años	0,21	0,23	0,25	0,31	47,7
85 y más	0,08	0,09	0,10	0,14	85,5

Fuente: Elaboración de M.A. Durán y J. Rogero sobre datos del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (página web, 2003).

**Tabla 12. Producción de unidades de cuidados bajo distintos supuestos, en la Comunidad de Madrid.**

Supuestos	1996	2001	2003	2011	Variación 1996-2011 (%)
A. Demanda/población total	1,17	1,17	1,18	1,20	2,4
B. Demanda/18-64	1,77	1,72	1,77	1,87	5,5
C. Demanda/mujeres 18-64 años	3,46	3,37	3,46	3,66	5,8
D. Demanda/18 y más	1,47	1,42	1,43	1,48	0,8
E. Demanda/mujeres 18 y más	2,79	2,69	2,72	2,81	0,8

Supuesto A: Índice de producción de cuidados si toda la demanda se repartiera homogéneamente entre toda la población. Supuesto B: Índice de producción de cuidados si toda la demanda tuviera que ser absorbida por la población entre 18 y 64 años. Supuesto C: Índice de producción de cuidados si toda la demanda tuviera que ser absorbida por las mujeres entre 18 y 64 años. Supuesto D: Índice de producción de cuidados si toda la demanda tuviera que ser absorbida por la población de 65 y más años. Supuesto E: Índice de producción de cuidados si toda la demanda tuviera que ser absorbida por las mujeres de 18 y más años.

Fuente: Elaboración de M.A. Durán y J. Rogero sobre datos del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (página web, 2003).

## Bibliografía

- Abraham, K. Mackie, C. (2004). *Beyond the Market. Designing Nonmarket Accounts for the United States*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Budlender, D. Brathaug, A.L. (2001). "Calculating the value of unpaid labour: a discussion document", Statistics South Africa, Working paper 2002/1.
- Duée, M. Rebillard, C. (2004). "La dépendence des personnes âgées: una projection à long terme". INSEE.
- Casi, I. Castilla, E. de Miguel, J.M. (1993) "Desigualdad y morbilidad", Simposium sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza. Fundación Argentaria p. 65-112.

- De Miguel, J.M. Marí-Klose, M. (2000). "El canon de la muerte". *Política y Sociedad* 35:113-144.
- Durán, M.A. (2007). *El valor del tiempo*. Madrid: Espasa.
- Durán, M.A. (2004a). *Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus* (Informe ISEDIC, 2004). Madrid: Editorial Luzón.
- Durán, M.A. (2004b). "No observada, invisible, ampliada, oculta: las múltiples caras de la economía europea". *Revista Cuenta y Razón* n° 135:15-24.
- Durán, M.A. (2004c). "La conciliación entre vida familiar y empleo". *FUNCAS. Cuadernos de Información Económica* n° 183. Madrid.
- Durán, M.A. (2004d). "Las demandas sanitarias de las familias españolas". *Gaceta Sanitaria, SESPAS*. Vol. 18 Supl. 1: 195-200.
- Durán, M.A. (2004e). (Dir.). *La aportación de las mujeres a la sociedad y a la economía de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de la Mujer, Consejería de Empleo y Mujer, Comunidad de Madrid.
- Durán, M.A. (2003). "El trabajo no remunerado y las familias", ponencia presentada en la: Consulta Técnica: Producción de salud no contabilizada en las Cuentas Nacionales, OMS-PAHO, Washington D.C. 4 y 5 de diciembre.
- Durán, M.A. (2003). "Los costes invisibles de la enfermedad". Madrid: Fundación BBVA.
- Durán, M.A. (2001). "Producción y consumo: las paradojas del sector hogares en la Contabilidad Nacional", en *VVAA Estructura y cambio social*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. pp. 653-672.
- Durán, M.A. (2000). "La nueva división del trabajo en el cuidado de la salud". *Política y Sociedad* 35:9-30.
- Durán, M.A. García Díez, S. (2005). "Presente y Futuro del Cuidado de Dependientes en España y Alemania". *Boletín sobre Envejecimiento Perfiles y Tendencias* n° 16. Madrid: IMSERSO.
- EUROSTAT. (2004). *Statistiques de la Santé. Chiffres clés sur la Santé. Données 1970-2001*.
- EUROSTAT. (2004). *Annuaire Eurostat*.
- Garrido, A. Vega, R. (1995). "La demanda de trabajo no remunerado generada por el cuidado de la salud de los niños". *Política y Sociedad* 19:139-150.
- Glendinning, C. (1992). "The Costs of Informal Care: Looking Inside the Household". *Social Policy Research Unit*. London: HMSO.
- García Díez, S. (2003). "Análisis socioeconómico de la estructura productiva de los hogares: la experiencia española en la última década del Siglo XX". *Colección Estudios* 148. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Gimeno, M. (2004). *Del tiempo como unidad de ahorro*. Fundación Auna.
- Gómez de Luna, M.E. (2001). *Cuenta Satélite de los Hogares, Valoración del Trabajo Doméstico no Pagado: El caso de México*. Taller de Cuentas de Salud con Enfoque de Género. Santiago de Chile: CEPAL. OMS/OPS.
- Herrera, C. Durán, M.A. (1995). "Las demandas de trabajo no monetarizado. (DETRAN-ME) de los ancianos". *Política y Sociedad* 19:101-115.
- INE. (2005). *Encuesta Continua de Presupuestos Familiares*.
- INE. (2004). *Proyecciones de población*. Base Censo 2001.
- INE. (2003). *Encuesta sobre el Tiempo de Trabajo*. Año 2000.

- IMSERO. (2005). *Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ferrán, L. (2002). "Aspectos conceptuales de una cuenta satélite de hogares con consideraciones de género", en Género, equidad y reforma de la salud en Chile. Santiago de Chile: OPS/OMS.
- Florence de, M. Pepin, P. (2004). "Les personnes âgées dépendants en Essonne", Rapport du Observatoire Regional de Santé de l'Ile-de-France.
- Kaufman-Scarborouh, C. (2006). "Time use and the impact of technology: examining workspaces in the home". *Time and Society* mar 01, 15:57-80.
- Marbán Gallego, V. (2001). "Sociedad Civil, Tercer Sector y Entidades de Acción Social en España". *Revista Internacional de Sociología* 30.
- Milosavljevic, V. Tacla, O. (2005). "Incorporando un Módulo de Uso del Tiempo a las Encuestas de Hogares. Restricciones y Potencialidades". En: Ponencia presentada en: Reunión sobre Las Encuestas del Uso del Tiempo su diseño y aplicación. Santiago de Chile.
- Muñoz Machado, S. García Delgado, J.L. González Seara, L. (2000). *Las estructuras del bienestar en Europa*. Madrid: Escuela Libre-Civitas.
- Pacha, E. Durán, M.A. (1995). "Demandas urgentes de tiempo y asistencia sanitaria". *Política y Sociedad*. 19:101-116.
- Pedrero, M. (2003). "Distribución del tiempo entre trabajo doméstico y extradoméstico según la posición en la familia". En: Ponencia presentada en: Consulta Técnica de la OPS. Washington.
- Pimentel, M. *La edad de jubilación, 08/10/05 y Nueva reforma de las pensiones, 02/06/06*. <http://blogs.periodistadigital.com/pimentel.php>
- Rodríguez Cabrero, G. (2004). "Protección social de la dependencia en España". Documento de Trabajo 44. Madrid: Fundación Alternativas.
- Rodríguez Cabrero, G. (1999). "La población cuidadora", en Rodríguez Cabrero, G. (coord.), *La protección social de la dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 163-173.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2002). "Familia y cuidados en la vejez: más protección social a las personas en situación de dependencia", en VVAA Envejecimiento y Familia, UNAF.
- Rydenstam, K. (2006). "Eurostat project on harmonisation of Time Use survenys: Pilot survey design and evaluation, some conclusions and recommendations. En: Ponencia presentada en: Taller Internacional Cuenta Satélite del Sector Hogares: Género y Salud. Santiago de Chile: CEPAL, OMS/OPS; 5 y 6 de junio.
- Sancho Castiello, M. (1999). *Vejez y Protección social a la dependencia en Europa*. (Iniciativas. Recomendaciones del Consejo de Europa). Madrid: IMSERSO.
- Waring, M. (2003). "Counting for something: Recognising women's contribution to the global economy through alternative accounting systems". *Gender and Development* vol 11(1) mayo 2003.
- Zambrano Alvarez, I. (2004) *La responsabilidad pública en el cuidado de la salud: Una aplicación al caso de las personas con discapacidad [tesis doctoral]*. Inédita, dirigida por M.A. Durán, Universidad Autónoma de Madrid.